

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

POUR LE

N° **299**

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

David BEKER

Né le 30 janvier 1902 à Rovno (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Président : Ch. ACHARD, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

FACULTE DE MEDICINE DE LYON

ANNUAIRE DE LA FACULTE DE MEDICINE DE LYON

ANNUAIRE DE LA FACULTE DE MEDICINE DE LYON

ANNUAIRE DE LA FACULTE DE MEDICINE DE LYON

ANNUAIRE DE LA FACULTE DE MEDICINE DE LYON

LIBRAIRIE MEDICALE DE LYON
11 & 13, RUE DE LA FACULTE DE MEDICINE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

David BEKER

Né le 30 janvier 1902 à Rovno (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Président : Ch. ACHARD, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	ROUVIERE.
Physiologie.....	PROUST.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CLERC.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.....	LOEPER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.

BERNARD (E) Pathologie médicale.

BOULIN..... Pathologie médicale.

BROCQ..... Pathologie chirurgicale

BULLIARD..... Histologie.

CATHALA..... Pathologie médicale.

CHABROL..... Pathologie médicale.

CHEVALLIER.. Pathologie médicale.

DOGNON..... Physique.

DONZELOT.... Pathologie médicale.

FEY..... Urologie.

GALLIARD..... Parasitologie.

GASTINEL..... Bactériologie.

GATELLIER... Pathologie chirurgicale

DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.

GAYET..... Physiologie.

GIROUD..... Histologie.

HAGUENEAU... Pathologie médicale.

HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.

HAZARD..... Pharmacologie.

HUGUENIN..... Anatomie pathologique

JOANNON..... Hygiène.

LABBE (Henri). Chimie biologique.

LACOMME..... Obstétrique.

LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale

LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.

LEVEUF..... Pathologie chirurgicale

Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.

LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.

MOREAU..... Pathologie médicale.

MOULONGUET. Pathologie chirurgicale

MOUQUIN..... Pathologie médicale.

OBERLING..... Anatomie pathologique

PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale

PIEDELIEVRE.. Médecine légale.

PORTES..... Obstétrique.

QUENU..... Pathologie chirurgicale

RICHET..... Physiologie.

SANNIE..... Chimie biologique.

SENEQUE..... Pathologie chirurgicale

SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.

TROISIERS..... Pathologie expérimentale

TURPIN..... Pathologie médicale.

VALLERY-RADOT

(Pasteur) ... Pathologie médicale.

VELTER..... Ophtalmologie.

VIGNES..... Obstétrique.

WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale

BUSQUET..... Pharmacologie.

CHAILLEY BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale.	GUENIOT	Clinique obstétricale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.		
CHAILLEY-BERT, agrégé.....		Education Physique.
FREY.....		Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEILL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur ACHARD

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Qu'il trouve ici notre profonde
reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

Traitement du R.B.

par

la sérothérapie antigonococcique

intraveineuse

Dans cette étude nous proposons de faire connaître les résultats que nous avons obtenus dans le traitement du rhumatisme blennorragique par l'injection intraveineuse de sérum anti-gonococcique.

Nous avons eu en effet, l'occasion d'observer en peu de temps 6 cas de cette affection que nous avons tous traités par cette méthode. Les résultats nous ont semblé suffisamment encourageants pour qu'il nous paraisse intéressant de les étudier.

Nous nous proposons de préciser d'une part les indications de cette méthode (toutes les formes de rhumatismes blennorragiques n'en sont pas justiciables) d'autre part, les inconvénients. Un examen méticuleux du malade est des plus nécessaires si l'on veut éviter des incidents parfois fort sérieux.

Dans un premier chapitre nous étudierons les 6 observations de rhumatismes blennorragiques traités

par la sérothérapie anti-gonococcique intra-veineuse.

Dans le deuxième chapitre nous rappellerons les différents aspects du rhumatisme blennorragique, nous verrons combien ces aspects sont variables.

Enfin nous étudierons le traitement de ce rhumatisme blennorragique et spécialement le traitement par injections de sérum anti-gonococcique par voie veineuse, avec ses indications ses incidents et son mode d'administration.

Observations

Première Observation

M. F..., âgé de 34 ans a présenté le 12 novembre un état fébrile associé à quelques arthralgies. 2 jours après le malade présentait des douleurs au niveau de plusieurs articulations. C'est à ce moment là que nous avons eu l'occasion de voir le malade. Celui-ci souffrait au niveau du genou droit, du coup de pied gauche et du poignet droit. Le malade souffrait surtout la nuit et les douleurs étaient augmentées à l'occasion des moindres mouvements. La température était à 38,3. A l'examen, au niveau des articulations douloureuses on constatait une légère tuméfaction. La peau présentait une augmentation de température locale. Au niveau du genou l'examen décelait un léger épanchement articulaire. L'aspect de cette polyarthrite faisait assez penser à un rhumatisme blennorragique, d'autant que l'on retrouvait dans les antécédents du sujet, une urétrite gonococcique datant de 20 jours.

On se décide à pratiquer le jour même une injection

de sérum anti-gonococcique. Auparavant un examen des urines avait montré l'absence d'albumine. Pas d'antécédents du type migraineux ou asthmatique. L'injection de sérum fut de 40 cm³ dilués dans 360 cm³ de sérum physiologique. Cette injection fut poussée extrêmement lentement. Cependant au bout de quelques minutes le malade présentait de la congestion de la face avec de la céphalée ; un certain degré d'angoisse et une légère gêne de la respiration. L'injection fut immédiatement arrêtée et l'on pratiqua immédiatement, par précaution, une injection d'1 milligramme d'adrénaline intra-musculaire.

Dans la même journée on reprit l'injection commencée le matin. Aucun incident ne se reproduisit ; l'injection fut faite très lentement.

Au total les 400 cc furent injectés en 1 heure environ. Le lendemain l'injection de sérum ne fut pas reprise mais le surlendemain une nouvelle injection fut refaite avec les mêmes doses, la même dilution et faite aussi lentement. Cette fois-ci aucune réaction ne se produisit.

Deux nouvelles injections furent continuées à 2 jours d'intervalle.

Grâce à ce traitement dès le lendemain matin de la première injection la douleur, qui jusqu'alors avait été intense, avait considérablement diminuée, à tel point que le massage des muscles périarticulaires fut

immédiatement possible. Par contre les phénomènes inflammatoires disparurent plus lentement. Ce n'est qu'à la fin de la troisième injection que l'on a noté la régression de ces phénomènes inflammatoires. La mobilisation des différentes articulations fut commencée le lendemain de la quatrième injection sans que l'on puisse noter ni douleur ni poussée thermique. et fut continuée de même que le massage pendant trois semaines.

Craignant la possibilité d'une rechute on avait continué, pendant une semaine tous les deux jours, à injecter sous la peau 10 cc de sérum pour éviter des accidents anaphylactiques.

En somme, forme polyarticulaire du R. B., La première injection entraîne quelques légers incidents. Grâce à la sérothérapie intra-veineuse on note la disparition presque immédiate de la douleur. Au bout de la quatrième injection la mobilisation est commencée. Le malade guérit sans la moindre ankylose, sans atrophie.

Deuxième Observation

M^{me}. C..., âgée de 28 ans vient consulter le 3 juin 1933 pour une augmentation de volume de son genou. Il s'agit d'une hydarthrose. Dans les antécédents de la malade on retrouve l'histoire d'une bartholinite.

L'examen a montré ultérieurement des gonocoques dans les pertes blanches, de cette malade. Le début de cette hydarthrose remontait à 2 jours et avait été précédée d'un peu de température et d'une vague douleur au niveau de ce genou.

A l'examen le genou est globuleux, on note quelques veines dilatées à son niveau ; pas d'augmentation de température locale, pas d'œdème. A la palpation on trouve un choc rotulien ; la pression de l'interligne est sensible ; les mouvements provoqués n'entraînent qu'une légère réaction douloureuse. Au repos la malade ne souffre pas. La ponction de l'épanchement fut pratiquée : elle retire un liquide épais, verdâtre et visqueux. La recherche du gonocoque ne fut pas pratiquée. Pas de température ; en somme il s'agissait d'un épanchement intra-articulaire abondant, peu douloureux, sans phénomènes inflammatoires locaux, sans température. — Pas d'antécédents bacillaires ni spécifiques — Etant donné l'allure clinique et les antécédents on pose le diagnostic d'hydarthrose gonococcique. On institue le même jour le sérum anti-gonococcique par voie intra-veineuse. Un examen général avait montré l'existence d'une tension artérielle normale, l'absence d'albumine.

Lors de la première injection on pratiqua 20 cc de sérum dilués dans 300 cc de sérum physiologique.

Cette injection fut poussée très lentement en $3/4$ d'heure environ.

Deux autres injections furent pratiquées à 2 jours d'intervalle, le 9 et le 11 juin. Jamais aucun incident ne se produisit si ce n'est que quelques frissons après la deuxième injection, frissons qui ne durèrent que quelques instants.

Le 15 juin une nouvelle poussée d'hydarthrose se produisit ; on fit une nouvelle ponction. Et comme l'on avait pratiqué tous les 2 jours une injection de 10 cc de sérum, par précaution on refit une nouvelle injection de sérum anti-gonococcique. Dès les premiers jours le massage et la mobilisation furent pratiqués et longtemps prolongés. Cependant malgré ce traitement on constata une légère atrophie musculaire au bout d'une dizaine de jours. On ne nota aucune limitation des mouvements, mais par contre quelques craquements.

En somme, forme hydarthrosique du R. B. Rechute au bout du 10^e jour ; légère atrophie musculaire, mais guérison rapide, sans séquelles sérieuses en dehors de quelques craquements articulaires. Pas d'incident en dehors de quelques frissons à la fin de la deuxième injection.

Troisième Observation

M. L., 38 ans vu le 14 juillet 1933 pour des douleurs articulaires siégeant au niveau du coup de pied gauche et droit, genou gauche.

Le malade souffrait déjà depuis 2 jours. Le début s'était déclaré avec quelques frissons et une fièvre légère. Dans les antécédents du malade on retrouvait une histoire d'urétrite ancienne, datant de 4 mois avec écoulement urétral léger.

A l'examen les articulations douloureuses sont légèrement tuméfiées avec légère augmentation de la température locale. Le malade présentait de vives douleurs fortement exagérées à l'occasion des moindres mouvements ou de la moindre pression. Les signes généraux sont légers, consistant en une température à 38°. Pas d'anémie — ni d'angine — Etant donné l'aspect de ce rhumatisme et les antécédents du malade on pense à un rhumatisme blennorragique. Chez ce malade on pratique, dès le premier jour une injection de sérum anti-gonococcique par voie intra-veineuse : 20cc dilués dans 300 cc de sérum physiologique. Après l'injection qui fut poussée très lentement le malade présenta un frisson avec malaise général, pâleur du visage, tous symptômes qui régressèrent rapidement par une injection d'adrénaline.

Pour les 3 autres injections qui furent pratiquées,

on associa au sérum 20 cc de la solution d'hyposulfite de soude à 20 %. Cependant malgré ces précautions le malade présenta à la fin de chaque injection un frisson qui ne dura que quelques instants et qui ne se compliqua pas de malaise général ni de pâleur du visage. Malgré ces incidents, le résultat fut des plus satisfaisant, puisque les douleurs intenses que présentait le malade furent véritablement jugulées dès la première injection. Immédiatement fut pratiqué le massage.

Le 9^e jour on institua la mobilisation des articulations qui détermina pendant quelques jours quelques phénomènes douloureux. L'évolution fut des plus favorables. On ne note aucune limitation des mouvements ni d'atrophie musculaire.

En somme forme polyarticulaire. L'injection de sérum s'est compliquée chaque fois de quelques incidents, légers mais l'évolution du R. B. a été des plus favorables.

Quatrième Observation

M. B..., âgé de 40 ans est vu le 20 mai 1933 7 jours auparavant il avait commencé à présenter des signes d'urétrite. Le jour où on l'examine il présente des douleurs des plus vives au niveau du coude gauche et du poignet droit avec quelques phénomènes dou-

loureux au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du médius et de l'index droit. Etant donné les antécédents d'urétrite gonococcique de ce malade, on pose le diagnostic de R. B.

L'examen général n'ayant fourni aucune contre indication, on pratique immédiatement le traitement par sérothérapie intra-veineuse : 20 cc de sérum dilués dans 300 cc de sérum physiologique.

Deux nouvelles injections furent pratiquées à 2 jours d'intervalle. Ces injections fortement diluées furent poussées très lentement, aucun incident ne se produisit si ce n'est l'apparition d'urticaire qui débuta au lieu de l'injection et s'étendit ultérieurement à toute la jambe et à la paroi antérieure de l'abdomen. Le massage et mobilisation sont prolongés pendant 25 jours.

L'évolution de ce R. B. fut des plus favorables puisque la régression de la douleur fut si rapide que le massage fut pratiqué le lendemain de la première injection et que la mobilisation put être commencée le 8^e jour. La guérison se fit sans séquelle, en dehors de quelques phénomènes douloureux apparaissant par instants, surtout par temps humides.

En somme forme polyarticulaire. L'injection de sérum n'entraîne aucun incident, si ce n'est l'apparition d'un urticaire relativement localisé. Guérison rapide de ce R. B. sans séquelle appréciable.

Cinquième Observation

M^{me}. L..., âgée de 32 ans. Dans les antécédents, vulvovaginite avec pertes, où l'examen microscopique révéla l'existence de gonocoques.

Le début a lieu le 3 décembre 1933 par une violente arthralgie au niveau de l'articulation temporo maxillaire droite. La douleur est suffisamment intense pour empêcher les mouvements de la machoire à l'examen — on ne trouva rien — pas de rougeur — pas de tuméfaction si ce n'est une certaine douleur au niveau de l'articulation. L'injection de sérum, l'examen général n'ayant montré aucune contre indication, fut pratiquée le même jour et renouvelée les 5 et 7 décembre. L'injection fut de 20 cc dilués dans 400 cc de sérum physiologique. Chaque injection dura environ 3/4 d'heure à 1 heure. Aucun incident ne se produisit au cours des injections. Cependant 11 jours après la première injection la malade présentait un urticaire assez généralisé et quelques phénomènes articulaires au niveau des membres inférieurs, phénomènes articulaires que nous avons rattaché à la maladie du sérum et non à une rechute du R. B., tous symptômes qui régressèrent en 5 jours. L'arthralgie au niveau de l'articulation temporo maxillaire disparut très rapidement. Le lendemain même la malade pouvait absorber les aliments.

En somme forme arthralgique ; sérothérapie compliquée tardivement d'urticaire et de douleur articulaire de la maladie du sérum.

Sixième Observation

M. R..., 22 ans. Dans les antécédents, histoire d'urétrite gonococcique remontant à 28 jours. Malade vu pour la première fois le 6 mai 1933. Le début remontait à 3 jours. Le malade avait présenté alors une poussée de fièvre des douleurs au niveau de plusieurs articulations au moment où on l'examine, le malade souffre au niveau de la tibiotarsienne droite, du genou droit, du coude gauche. Les douleurs sont vives ayant empêché le malade de dormir les nuits précédentes. Toutes mobilisations des articulations sont absolument impossibles. La température est de 38°8. A l'examen les différentes articulations douloureuses sont légèrement tuméfiées avec légère augmentation de la température locale, léger épanchement décelable au niveau du genou. L'examen général montre une T. A. normale, des urines normales, l'absence d'antécédents du type migraineux ou asthmatique. Le traitement par injections de sérum anti-gonococcique fut pratiqué ; l'injection de sérum était très diluée : 20 cc de sérum pour 300 cc de sérum physiologique. L'injection fut poussée très lentement. Cependant il se produisit à la fin de l'injection quelques

frissons. Cet incident conduisit à additionner la dilution de sérum d'hyposulfite de soude, 20 cc de la solution à 20 %. Cette première injection eut un effet remarquable sur la douleur qui disparut en grande partie ; 3 nouvelles injections furent pratiquées par la suite à 2 jours d'intervalle chacune.

Grâce à ce traitement le massage fut pratiqué le lendemain de la première injection et la mobilisation pu être commencée le 12^e jour et continuée pendant plus de deux semaines.

En somme, forme polyarticulaire du R. B..., Injection de sérum qui se complique la première fois de quelques frissons passagers ; guérison rapide sans séquelle.

Etude du rhumatisme blennorragique

ÉTIOLOGIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ASPECTS CLINIQUES

Sous le nom de R. B., il faut entendre l'ensemble des manifestations articulaires de la gonococcique.

C'est là le type même des arthrites d'origine septicémique, pseudo rhumatisme infectieux des anciens auteurs, qu'il était classique d'opposer au rhumatisme articulaire aigu qui était le type même des maladies diathésiques.

ETIOLOGIE

C'est là une affection grave au point de vue fonctionnel — étant donné sa tendance à la chronicité — la fréquence de ses séquelles — atrophie musculaire — ankylose articulaire.

Le R. B. est une complication nullement exceptionnelle de la blennorragie ; il serait plus fréquent chez

l'homme que chez la femme ; il s'observe surtout à l'âge moyen de la vie, encore qu'on puisse l'observer mais cela très exceptionnellement, et chez le vieillard et chez les enfants, voir même chez les nouveaux nés atteints d'ophtalmie purulente.

Le R. B. est toujours secondaire à une localisation gonococcique primitive : urétrite chez l'homme, vulvovaginite chez la femme.

En général les R. B. surviennent la 3^{me} semaine de l'infection, mais parfois plus précocement, parfois plus tardivement. Plus importante que l'abondance de l'écoulement, est l'étendue des lésions. Bien souvent on note une prostatite et une vésiculite chez l'homme.

Il semble bien que le traumatisme puisse jouer un rôle adjuvant dans l'apparition et la localisation de l'arthrite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le R. B. atteint dans la moitié des cas le genou, il est polyarticulaire dans la majorité des cas. Les localisations au niveau des petites articulations sont en réalité exceptionnelles, mais leur existence a une valeur diagnostique considérable.

Du point de vue anatomie-pathologique, il faut distinguer plusieurs types de R. B. Dans un premier type qui correspond aux polyarthrites et aux hydar-

throses, les lésions sont presque uniquement inflammatoires, et siègent au niveau de la synoviale.

Dans le deuxième type correspondant à la monoarthrite pseudo phlegmoneuse, les phénomènes inflammatoires intéressent peu la synoviale, mais par contre, la capsule, les ligaments et le surtout musculotendineux.

En somme processus inflammatoire régional plus qu'articulaire. Il s'y ajoute un processus destructif — siégeant au niveau de l'articulation même, atteignant les ligaments, les ménisques, la substance osseuse même et pouvant creuser de véritables cavités.

Dans un troisième type correspondant aux arthrites suppurées, il existe à la fois des lésions inflammatoires au niveau de la synoviale et des lésions destructives au niveau de l'articulation, pouvant aboutir à une véritable ostéomyélite.

Le cinquième type correspond aux rhumatismes chroniques déformants blennorragiques.

Ajoutons à ces différents types anatomiques, l'existence d'exostoses calcanéennes, cause de l'arthralgie blennorragique.

Le R. B. est dû à la localisation du gonocoque sur les articulations. Si on le recherche avec toutes les précautions désirables, on peut d'après Lecène trouver le gonocoque 8 fois sur 10 par culture au niveau du

liquide articulaire. D'après Mondor on le trouverait 12 fois sur 14 dans les coupes de la synoviale.

Nous rappellerons que Bockardt a trouvé le gonocoque dans la lumière des veines urétrales enflammées. Hewes a montré le germe dans le sang par hémoculture. Sonentino a pu produire expérimentalement le R. B. en injectant des gonocoques dans la veine marginale du lapin et en traumatisant le genou.

Ces différentes expériences montrent donc que le gonocoque chemine par voie sanguine pour aller de l'urètre jusqu'au niveau des articulations.

ASPECTS CLINIQUES

La forme de beaucoup la plus fréquente du R. B. est la forme dite polyarticulaire, c'est la forme essentiellement médicale.

1°. — *Forme polyarticulaire :*

Le début se fait par quelques signes généraux, fièvre légère, associée à quelques douleurs articulaires. Au bout de 1 à 3 jours apparaissent les arthrites. Ces arthrites sont poly et pauci articulaires. C'est dire qu'elles atteignent ordinairement 3 ou 4 articulations seulement. L'atteinte d'une nouvelle articulation n'entraîne pas la libération des jointures antérieurement touchées. Du point de vue fonctionnel, la dou-

leur est généralement de moyenne intensité, augmentée par la pression de la région articulaire.

Quant aux signes généraux, ils sont légers, température entre 38 et 39° ; on pourrait noter une légère diminution des hématies dans le sang, parfois une légère pâleur, pas de modification des urines, une légère leucocytose avec polynucléose. A l'examen l'articulation est un peu augmentée de volume, la peau est rosée, légèrement chaude.

On peut parfois, surtout au niveau du genou, mettre en évidence l'existence d'un épanchement de moyenne abondance. En quelques jours la température tombe, la plupart des articulations demeurent douloureuses à l'occasion des mouvements, mais surtout les muscles s'atrophient.

Sous l'influence de la thérapeutique ces articulations qui persistaient à être douloureuses peuvent guérir plus ou moins complètement mais souvent cependant persistent quelques séquelles, douleurs transitoires, parfois même évolution vers la chronicité avec limitation des mouvements, atrophie musculaire voir même ankylose complète.

2° — *Forme arthralgique* :

Ici le seul symptôme est la douleur, mais ces arthralgies sont habituellement multiples siégeant sur plusieurs articulations.

La douleur est d'intensité moyenne surtout marquée à l'occasion des mouvements, elle s'accompagne en général d'une impotence fonctionnelle relativement marquée.

A l'examen l'articulation semble normale, on ne note ni rougeur, ni tuméfaction. Les phénomènes infectieux sont généralement à peine marqués. Ces formes arthralgiques peuvent s'effacer en quelques jours, mais dans d'autres cas, elles peuvent persister avec une tenacité désespérante pendant des semaines et des mois. Elles peuvent être le point de départ de rhumatisme chronique.

3^o — *Formes hydarthrosiques :*

C'est là une des formes les plus fréquentes du R. gonococcique. Elle atteint surtout le genou. Le début en est aigu. Après un début avec fièvre et quelques arthralgies, une hydarthrose abondante se constitue. Le genou est globuleux, on note des veines dilatées, pas d'augmentation de température locale, pas d'œdème, en somme pas de phénomènes inflammatoires sérieux.

A la palpation on provoque le choc rotulien, mais parfois en cas d'épanchement par trop abondant, on note seulement une rénitence des culs de sac périrotuliens. La pression de l'interligne articulaire est douloureuse. Les mouvements provoqués entraînent de

la douleur dûe en grande partie à l'abondance même de l'épanchement.

La ponction ramène un liquide épais, verdâtre, séro-purulent bien souvent, coagulant facilement.

A l'examen microscopique on constate de la polynucléose qui plus tard laissera place à de la lymphocytose. Le gonocoque est rarement trouvé à l'examen direct. L'évolution peut se faire en quelques semaines vers une guérison complète, mais bien souvent, l'évolution est très longue avec atrophie musculaire précoce.

La guérison peut se produire avec une récupération fonctionnelle suffisante bien que l'on puisse constater un certain degré de laxité articulaire ou encore une limitation des mouvements, parfois des craquements. Il n'est pas rare d'autre part de constater au premier essai de marche, une rechute d'hydarthrose, il s'ensuit souvent une atrophie du quadriceps avec ankylose de l'articulation, entraînant alors une grave infirmité.

En somme ici ce qui fait la gravité de la forme hydarthrosique ce n'est pas la tendance aux vastes destructions mais aux ankyloses plastiques.

4^o — *Formes pseudo-phlegmoneuses* :

La forme pseudo-phlegmoneuse est le type même de la forme chirurgicale des R. B. C'est une forme grave par son allure clinique, par ses séquelles. Elle est ca-

ractérisée par un début dramatique, par des phénomènes généraux graves, une douleur intense, des phénomènes inflammatoires périarticulaires marqués s'opposant à un épanchement intra-articulaire léger, enfin par son évolution essentiellement destructive. Cette forme débute par quelques arthralgies avec quelques phénomènes infectieux. Au bout de 2 à 3 jours le malade ressent durant la nuit une douleur extrêmement violente siégeant généralement au niveau du genou. La période d'état est alors constituée. La douleur est le signe dominant, c'est une douleur intense, même au repos, absolument intolérable au moindre mouvement, douleur immobilisant le membre en demi flexion, abduction et rotation externes. L'impotence fonctionnelle est absolue, le sommeil impossible.

A l'examen on constate que le genou est considérablement tuméfié, cette tuméfaction prédomine au niveau de l'interligne articulaire, mais s'étend au loin. Fait essentiel : cette tuméfaction n'est pas due à la présence dans la cavité articulaire d'un épanchement abondant. Le choc rotulien est toujours minime, les culs de sac synoviaux ne paraissent pas distendus, d'ailleurs la ponction exploratrice ne retire qu'une faible quantité de sérosité sanglante. Cette tuméfaction relève de 2 éléments, d'une part de la tuméfaction des épiphyses, d'autre part et surtout de l'œdème des paries molles périarticulaires. Cet œdème parfois se

laisse déprimer en godet à la pression du doigt, parfois il donne la sensation de fluctuation qui pourrait faire croire à l'existence d'une collection sous-cutanée. A ce signe essentiel qu'est la tuméfaction, il faut ajouter un aspect plus ou moins rouge des téguments ; l'existence de quelques traînées lymphangitiques, la douleur à la pression au niveau de l'interligne et au niveau de toute la région articulaire.

Quant aux signes généraux, ils sont ici particulièrement marqués avec température à 39° -40°, malade pâle, profondément abattu. Au bout de 2 à 3 jours on voit la température devenir subnormale, tandis que les signes physiques fonctionnels et généraux se maintiennent sans changement. Presque toujours il faut des semaines pour que l'on note une régression des symptômes. Les douleurs spontanées persistent souvent une semaine et même plus, les douleurs provoquées sont des plusténaces ; l'atrophie musculaire s'installe rapidement.

Non traitée, cette forme pseudo phlegmoneuse aboutit à des dégâts considérables. D'une part, on constate l'évolution vers une ankylose plus ou moins complète, d'autre part, on note une évolution destructive au niveau des ménisques, des ligaments, aboutissant à des subluxations.

5° — *Formes suppurées :*

Les véritables arthrites suppurées gonococciques sont assez exceptionnelles. L'examen direct est capable de déceler les gonocoques. Ces formes suppurées, généralement monoarticulaires, se présentent sous 2 aspects. Tantôt c'est l'allure de l'hydarthrose blennorragique, sans phénomènes inflammatoires locaux, ni retentissement infectieux général. Seule la ponction permet de reconnaître la forme suppurée. Tantôt au contraire, c'est un tableau très différent avec tuméfaction et rougeur de l'articulation, douleur intense, température avec grandes oscillations. Mais quel que soit l'aspect clinique, il s'agit là d'une forme grave. Localement on note le double processus plastique et destructif entraînant l'ankylose en mauvaise position sans parler de la possibilité de fusées purulentes pouvant se fistuliser à la peau.

Du point de vue général les accidents sépticémiques sont particulièrement à redouter.

Evolution et complications

Les récidives sont extrêmement fréquentes, souvent occasionnées par une nouvelle urétrites ou vulvovaginite. Les rechutes sont également fréquentes spécialement au cours de la forme hydarthrosique. Mais la complication capitale du R. B. est le passage à la chronicité. C'est là une évolution bien particulière à ce rhumatisme s'opposant à l'évolution des autres rhumatismes infectieux qui guérissent sans laisser aucune trace. L'évolution vers la chronicité est peut-on dire la règle dans la forme pseudo phlegmoneuse, fréquente dans les formes suppurées et dans l'hydarthrose, elle se voit moins souvent dans les formes polyarticulaires. Il faut remarquer cependant qu'il n'est point de poussées arthralgiques qui ne puissent être le point de départ d'une forme chronique. Ces lésions chroniques ne constituent pas de simples séquelles, il s'agit là de véritables processus évolutifs fibreux, capables de présenter des poussées subites. Ces formes chroniques sont multiples. Il peut s'agir d'une arthrite plastique ankylosante, se traduisant cliniquement par une limitation des mouvements, anatomiquement

par la destruction des surfaces articulaires auxquelles s'ajoutent l'ossification de la capsule, des ligaments et l'hypertrophie des épiphyses.

Il peut s'agir encore d'un pied plat douloureux relevant de l'affaissement de la voute plantaire, secondaire à l'atteinte des ligaments.

Ce peut être également la talalgie blennorragique : Dans ce cas, le calcaneum présente des hyperostoses à point de départ soit au niveau de la face postérieure, soit au niveau de la face plantaire.

Le rhumatisme chronique blennorragique peut réaliser le type de la dactylite pseudo-goutteuse, se traduisant par une tuméfaction due au niveau des doigts et des orteils, relevant de l'hypertrophie des extrémités osseuses et de l'hyperplasie du tissu fibreux. Il peut même s'y ajouter une note inflammatoire avec douleur et coloration des téguments.

Ce peut être dans d'autres cas le tableau de la spondylose rhizomélique se traduisant par une immobilisation de la colonne vertébrale, des articulations de l'épaule et de la hanche. Du point de vue anatomique la cyphose relève de l'ostéite raréfiante des corps vertébraux et l'ankylose de l'ossification des ligaments vertébraux.

Dans les cas les plus accentués on voit le malade littéralement incurvé, le menton touchant le sternum, absence complète de mouvements au niveau de l'épaule

et de la hanche. Il s'agit là d'une infirmité redoutable.

Dans d'autres cas c'est le tableau du R. C. généralisé, parfois c'est à la suite de rechutes multiples de polyarthrite aiguë que se constitue progressivement le R. C. généralisé. Dans d'autres cas on se trouve en présence d'un R. V. généralisé chez un homme d'un certain âge. L'interrogatoire révèle chez ce sujet l'histoire d'un écoulement urétral tenace. Dans ce cas la blennorrhagie ne peut être ici que suspectée.

D'autres complications peuvent se voir au cours du R. gonococcique. Ce peut être des accidents septicémiques. Sans doute dans tous les cas y a-t-il quelques phénomènes de septicémie gonococcique en ce sens que le gonocoque passe dans le sang pour aller de l'urètre aux articulations.

Il est des cas où les signes généraux sont des plus graves, relevant sans doute de la septicémie gonococcique. On peut dire ici que la septicémie est davantage clinique que bactériologique, l'hémoculture étant souvent difficile à faire. Cliniquement la septicémie se traduit par une fièvre intermittente du type pseudo palustre ; plus rarement du type continu ou rémittente. Des localisations multiples peuvent disparaître, pleurésie, néphrite, purpura, anémie, splénomégalie, diarrhée. Plus importante est l'endocardite. Il s'agit d'une endocardite ulcéro végétante siégeant surtout sur le cœur

gauche et surtout au niveau du foyer aortique. La constatation d'une endocardite au cours d'une septicémie gonococcique est d'un pronostic fatal.

Nous ne ferons que rappeler qu'au cours d'une R. B. on peut noter des localisations para articulaires : au niveau des synoviales tendineuses, des bourses séreuses surtout les bourses sous et rétro calcanéennes. Citons également les myosites et ténosites.

Le pronostic du R. B. est essentiellement fonctionnel, en effet le pronostic vital ne se pose que dans les formes septicémiques. On doit toujours réserver le pronostic fonctionnel du fait de la possibilité de l'évolution vers la chronicité.

Le diagnostic du R. B. ne peut être posé qu'après constatation du gonocoque dans le foyer primitif. Ce n'est pas là une constatation toujours facile car il n'est pas rare de voir apparaître un rhumatisme coïncider avec la diminution ou même la suppression de l'écoulement. On aura recours à la spermoculture, à l'expression des glandes de Bartholin, des vésicules, de la protaste, de l'urètre. On pourra également recourir aux injections irritantes. Pour le diagnostic il faudra tenir compte également de la constatation d'autres localisations gonococciques. On essaiera également après ponction de l'articulation de mettre en évidence le gonocoque dans le liquide articulaire par examen direct mais surtout par culture sur milieux appro-

priés. Certains auteurs ont insisté sur la réaction de fixation du complément mais cette réaction n'est pas positive chez tous les blennorragiques. La radiographie n'apporte pas d'éléments importants au diagnostic. Certains auteurs ont seulement décrit à la phase initiale des tâches claires épiphysaires relevant d'un processus aigu de décalcification.

Le diagnostic différentiel se pose selon chaque cas particulier. La forme polyarticulaire pose surtout le diagnostic avec le R. articulaire aigu. Nous rappellerons que le R. B. n'atteint pas des sujets aussi jeunes que le R. articulaire aigu, qu'il n'y a pas d'angine, ni de sueurs, ni d'anémie, ni d'albuminurie. Les douleurs sont moins vives. Les fluxions articulaires moins fugaces, il n'y a pas de complication cardiaque. Enfin on sait la valeur diagnostique de la localisation au niveau de l'articulation temporo maxillaire, sterno claviculaire, des doigts et des orteils. Le salicylate est sans action, l'évolution vers la chronicité est très fréquente.

En réalité le diagnostic est autrement difficile, du fait que la R. articulaire aigu ne réalise pas toujours l'aspect classique de la maladie de Bouillaud. L'angine, les sueurs, l'albuminurie peuvent faire défaut, la localisation cardiaque peut manquer, il est des formes salicylo résistantes. On voit donc que l'élément fon-

damental du diagnostic est la constatation du gonocoque dans l'urètre ou le vagin.

Le diagnostic avec les autres rhumatismes infectieux : scarlatins, méningococciques, dysentériques, sera fait par la notion étiologique.

La forme arthralgique pourra être discutée également avec les autres rhumatismes infectieux, c'est la constatation d'une autre étiologie qui permette d'éliminer la blennorragie. La forme hydarthrosique pose des diagnostics souvent délicats : on pensera à l'hydarthrose traumatique, en se rappelant qu'un traumatisme peut favoriser l'apparition d'une hydarthrose gonococcique chez un blennorragique. L'hydarthrose tuberculeuse et syphilitique sont également des diagnostics délicats. On se basera sur l'absence de gonocoques, sur l'existence d'antécédents, de tuberculose ou de syphilis.

La forme pseudo phlegmoneuse et suppurée pose le diagnostic des arthrites suppurées et de l'ostéomyélite aiguë. Là encore la notion d'une blennorragie antérieure orientera le diagnostic.

Dans les formes chroniques le diagnostic est souvent plus délicat, en dehors de la tatalgie ou de la spongylose rhyzomélisque, formes spéciales à la blennorragie.

Traitement

Nous ne proposons nullement dans ce chapitre d'étudier dans tous ces détails les différentes thérapeutiques proposées dans le R. B. Nous étudierons tout spécialement le traitement que nous avons pratiqués chez nos différents malades, c'est-à-dire l'injection de sérum anti-gonococcique par voie intraveineuse. Etant donné que le R. B. représente la généralisation d'une infection primitivement locale, il faut traiter tout d'abord le foyer infectieux primitif, l'état septicémique, enfin les localisations articulaires.

Traitement du foyer primitif

Il est indispensable de traiter le foyer gonococcique initial cause de rechutes et de récidives. On recherchera avec soin l'existence de vésiculite, de prostatite, chez la femme : d'anéxite et de bartolinite.

Traitement de la septicémie

Multiplés furent les médicaments proposés pour combattre cette septicémie, on a proposé des anti-

septiques chimiques, gonacrine et mercurio-chrome, dont l'action est des plus discutables; d'autres auteurs ont insisté sur la protéinothérapie (injections de lait, peptone, sérum antidyphtérique, auto-hémothérapie) qui agirait surtout dans les formes légères. D'autres auteurs ont insisté sur la vaccinothérapie. Cette méthode a donné des résultats rares, tardifs et incomplets. Les vaccins les plus répandus sont le néodmégon de Nicole et Blaisot et le lysa-vaccin de Duchon. La vaccinothérapie ne semble pas donner de résultats bien probants dans les formes graves. Son action sur les formes légères se fait sentir lentement, ce qui est grave dans une affection où l'on redoute l'ankylose. Peut-être que la vaccinothérapie agit surtout par le choc qu'elle détermine. Comme le dit Ravaut dans les « Annales de dermatologie et de syphiligraphie (mai 1927) » destiné à solliciter du malade les réactions de défense la vaccination antigonococcique est une méthode lente. Il faut s'attendre à voir l'organisme n'obéir qu'imparfaitement à des sommations répétées et la nécessité de multiplier les injections jusqu'au nombre de 10 et plus s'impose dans bien des cas. Or 15 jours, 1 mois ce n'est pas trop peut-être pour enrayer une furonculose rebelle, c'est assez pour qu'une arthrite blennorragique ait causé des dommages irrémédiables au point de vue fonctionnel ? Les résultats sont loin d'être toujours encourageants.

Sérothérapie anti-gonococcique :

Historique : C'est Roger qui eut le premier l'idée en 1906 d'essayer une sérothérapie anti-gonococcique. Ce sérum provenait de lapins qui avaient été immunisés par des injections intra péritonéales de culture de gonocoques ; au bout de quelques jours l'animal était regardé comme suffisamment immunisé et on le saignait à la veine d'une des oreilles. En 1909 les Dr. Pyssavy et Stephen Chauvet eurent l'idée en s'appuyant sur les analogies étroites entre le gonocoque et le méningocoque de traiter l'arthrite blennorragique par du sérum anti-ménicoccique. Les résultats furent très satisfaisants. Ces auteurs publièrent le 15 octobre 1909 dans le « B. S. M. des HO. » 2 cas d'arthrites gonococciques particulièrement sérieux et guéris grâce à à ce traitement.

A la suite, de nombreux auteurs employèrent cette thérapeutique, Barbé insista sur l'action du sérum sur la douleur qui disparaît au bout de 24 heures. Il note la disparition de l'épanchement en 4 à 6 jours (J. de M. et de CH. ; PRATIQUE,) article A. R. T. 24094, page 511). Ramon et Chiray indiquent des résultats identiques. Malleterre indique l'action du sérum anti-gonococcique dans le traitement de l'épididymite blennorragique.

L'étude du sérum anti-gonococcique fut reprise par

Nicole. Pour cet auteur il se formerait dans l'organisme de véritables substances spécifiques, de véritables sensibilisatrices. Le sérum amènerait chez les malades la production rapide d'anticorps. La rapidité de cette immunisation rendrait cette méthode plus efficace que la vaccinothérapie.

La voie d'injection fut d'abord sous-cutanée, les résultats furent nuls.

Debré et Paraf ont proposé d'injecter le sérum dans la cavité articulaire après évacuation au trocart de l'exsudat. « Dans les 15 cas de monoarthrites du genou que nous avons traités les résultats de la thérapeutique furent nets et rapides ; au bout de 2 ou 3 injections le gonflement a disparu et les malades mobilisent spontanément leur genou, la température qui s'était maintenue entre 38 et 39° pendant la durée du traitement sérique tomba aux environs de 37° et la guérison totale survint toujours au bout de 8 jours de ce traitement »¹.

Cette méthode a donné de beaux succès mais elle n'est pratiquement utilisable que dans les formes localisées au genou, il est difficile de ponctionner les autres articulations lorsque plusieurs jointures sont atteintes. On ne peut soumettre le malade à des ponctions répétées. De plus il s'agit là d'un traitement local, or le

1. Paraf — Thèse Paris 1920.

rhumatisme gonococcique n'est qu'une manifestation articulaire d'une infection générale.

Aussi a-t-on préconisé la sérothérapie intra-veineuse ; Ravaut a été un des premiers à pratiquer cette technique dont les résultats furent indiqués dans la thèse de Ryckewaert. Il semble bien en effet que la voie intra-veineuse est indispensable à l'efficacité de cette méthode, méthode longtemps discutée par crainte du choc.

Comment pratique-t-on cette injection ? Il est tout d'abord indispensable de pratiquer un examen complet du malade ; tension artérielle, cœur, reins, urine. Il est toute une catégorie de malades qui sont particulièrement exposés aux accidents anaphylactiques ; ceux aux antécédents asthmatiques ou urticariens ; Parfois on se trouve en présence d'un sujet ayant déjà reçu une injection de sérum de cheval ; dans tous ces cas il importe d'agir avec une prudence toute particulière.

Matériel. — Ravaut conseille de mettre le sérum anti-gonococcique dilué dans un ballon à double tubulure, une de ces tubulures permet l'entrée de l'air dans le ballon à mesure que le liquide s'écoule, l'autre est reliée par un tube en caoutchouc au corps d'une seringue munie d'une aiguille à injection intra-veineuse. Une pince de Mohr permet à volonté de régler le débit de l'appareil. Afin de n'être pas pris au dépourvu par un incident on aura en réserve quelques ampoules

d'adrénaline et d'huile camphrée, également une provision de solution d'hyposulfite de soude à 20 %.

Mode d'injection. — Les accidents graves seront en grande partie évités si le sérum est injecté en grande dilution et si cette injection est poussée lentement. Dans les cas particulièrement délicats on pourra encore éviter le choc en pratiquant la méthode de Besredka ou encore en additionnant la dilution de sérum d'hyposulfite de soude (20 cc3 de la solution à 20 %). On pourra également ajouter 1/4 à 1/2 cc3 d'adrénaline en solution au millième. Il n'y a pas d'ailleurs intérêt à vouloir supprimer entièrement le choc car le sérum agit vraisemblablement non seulement par les anticorps spécifiques mais également par les albumines hétérogènes. Comme le conseille Ravaut on dilue 40 cc3 de sérum antigonococcique dans 360 cc3 environ de sérum physiologique; fait capital cette injection doit être poussée très lentement.

Il est des cas où l'on peut injecter immédiatement aux malades la totalité du ballon, dans d'autres cas on est obligé d'arrêter l'injection dès les premières minutes. Au bout de quelques heures il faut refaire un nouvel essai qui est souvent couronné de succès; en tous cas on recommencerait le lendemain. Cette ré-injection se fait facilement en général.

Ces injections doivent être pratiquées tous les 2

jours, toujours injections diluées et injections faites très lentement.

Le nombre d'injections est variable, parfois 2 ou 3 injections suffisent, quelques fois 4 à 5 sont nécessaires. On essaiera toujours de les pratiquer en une douzaine de jours au maximum avant l'apparition des accidents sériques.

Résultats

La première injection entraîne généralement la suppression presque immédiate de la douleur ce qui ici a une importance énorme puisque le massage des muscles périarticulaires devient possible. Les phénomènes inflammatoires disparaissent moins rapidement. Après la quatrième injection on peut cependant commencer la mobilisation. On sait l'importance capitale de la précocité de la mobilisation dans le traitement du R. B. A quel moment faut-il arrêter la sérothérapie ? D'après Ravaut dès que la mobilisation n'entraîne plus ni douleurs ni poussées fébriles.

Cet auteur insiste sur le fait qu'il est important de continuer pendant une semaine tous les 2 jours à injecter sous la peau 10 cc3 de sérum pour éviter les accidents anaphylactiques, au cas où une rechute nécessiterait la reprise des injections intra-veineuses. La sérothérapie arrêtée, il est bien entendu qu'il faudra

continuer le massage et la mobilisation si l'on veut obtenir un bon résultat fonctionnel.

Indications de la sérothérapie intra-veineuse

Cette thérapeutique n'a aucune action dans les ankyloses et les rhumatismes chronique. en dehors des poussées fluxionnaires. Seuls les cas aigus peuvent être traités par cette méthode.

Incidents

Il peut s'agir d'incidents immédiats survenant au moment de l'injection ou dans les heures qui suivent ; il peut s'agir de congestion de la face, le malade se plaint de céphalée il a l'impression « que sa tête augmente de volume » il est angoissé et respire moins facilement. Il faut arrêter l'opération et pratiquer une injection intra-musculaire de 1 milligramme d'adrénaline. D'autres malades présentent une bouffissure de la face ou un œdème localisé (nez, paupière, lèvres). Ces signes disparaissent en quelques heures et commandent une thérapeutique analogue aux accidents plus haut cités. On peut noter également l'apparition d'urticaire plus ou moins généralisé pouvant débiter au point de la pique. On a préconisé alors l'injection intra-veineuse de la solution d'hyposulfite à 20 % qui a parfois une action remarquable sur le prurit et l'urticaire.

Le frisson est la forme la plus fréquente de ces incidents immédiats, il faut réchauffer le malade et le soutenir par des boissons toniques. Mais le frisson peut être le début d'une phase critique, peut être le point de départ de signes alarmants, pâleur subite du visage, petitesse du pouls, ces phénomènes de colapsus sont rares, il faut savoir dépister les premières manifestations. Grâce à l'huile camphrée, la caféine l'adrénaline tout rentre dans l'ordre. Chaque malade d'ailleurs réagit d'une manière spéciale qui lui est propre.

Accidents tardifs

Ils sont sans gravité, c'est la classique maladie sérieuse. Ces incidents apparaissent généralement vers le huitième jour. Ce sont tout d'abord des manifestations cutané muqueuses débutant généralement au lieu de l'injection. Il s'agit le plus souvent d'urticaire avec prurit intense, accompagné parfois d'œdème localisé. Il s'y ajoute souvent des manifestations articulaires qui pourraient faire poser le diagnostic de rechute de rhumatisme ; gonococcique. Les arthralgies regressent d'ailleurs par le salicylate. Ajoutons à cela la possibilité d'adénopathie. On a décrit également des phénomènes de colapsus tardif avec cyanose, refroidissement des extrémités tendance syncopale, tous phénomènes contre lesquels on luttera heureusement par les tonicardiaques.

Telles sont donc les indications, les résultats et les incidents de cette sérothérapie intra-veineuse.

Traitement local

Il est bien entendu que cette sérothérapie intra-veineuse ne constitue pas toute la thérapeutique du R. gonococcique ; nous avons déjà insisté sur le fait que le massage était appliquée aussitôt que possible généralement après la première injection.

Il en est de même de la mobilisation qui est mise en œuvre dès que les douleurs ne s'y opposent pas et le plus souvent après la 4^e injection. Ces différentes méthodes massage, mobilisation seront continuées jusqu'à récupération fonctionnelle la plus complète possible. On pourra conseiller à la suite une cure thermale à Aix Bourbon Lancy et Bourbonne les Bains.

D'autres auteurs ont insisté sur l'intérêt des injections d'antiseptiques, sur les ponctions évacuatrices, l'air chaud, la diathermie.

Nous ne discuterons pas les résultats fournis par le traitement chirurgical qui consiste à inciser l'articulation, à évacuer les caillots fibrineux, à laver la synoviale à l'éther et à suturer immédiatement.

Si l'avis est unanime pour considérer cette intervention comme absolument indispensable dans les formes suppurées, il n'en est pas de même pour les

formes polyarticulaires où l'intervention chirurgicale semble alors bien difficile. Ni non plus pour la forme pseudo-phlegmoneuse puisque l'inflammation est plus périarticulaire qu'articulaire. L'intervention est discutée pour la forme hydarthrosique. Le traitement chirurgical trouvera des indications intéressantes dans le traitement des exostoses et des ankyloses en mauvaise position.

Conclusions

1. La sérothérapie anti-gonococcique intraveineuse donne d'excellents résultats dans le traitement du rhumatisme blennorragique. La première injection supprime presque immédiatement la douleur, d'où possibilité de massage très précoce des muscles périarticulaires— les phénomènes inflammatoires regressent dès la 3^e ou 4^e injection permettant ainsi la mobilisation de l'articulation.

2. Il n'est pas douteux que cette thérapeutique expose a des chocs — et peut provoquer des incidents soit immédiats ; congestions, œdème du visage, urticaire, frisson voir même le tableau complet du choc colloïdoclassique, soit tardif réalisant la maladie au sérum, mais tous ces incidents parfois impressionnant ne comportent aucun risque sérieux.

3. Cette méthode demande à être pratiquée avec prudence le sérum doit toujours être injecté fortement dilué — il doit toujours être injecté lentement. Chez les malades particulièrement sensibles — Asthmatiques, urticariens, migraineux il faudra redoubler de prudence.

Vu, le Doyen
ROUSSY.

Vu, le Président de la Thèse,
Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- Peracchia.** — *Journal italien de Dermatologie*, nov-déc. 1931.
- Machid.** — *Injections collargol dans les vésicules reinales*, Bull. société française d'urologie, novembre, 1931.
- Canu.** — *Bucarest medecine*, 1932.
- Boetz, Noica et Robas.** — *Traitement par vaccin intraveineux*.
- Wiedmann.** — *Nouvelle méthode de thérapeutique par vaccin*, Wien, Klin. Wehnschr, janv. 1932.
- Hearmann.** — *Traitement du R.B.*, Chronique médicale mex., avril, 1931.
- Marsan.** — *Bull. médical, Paris*, février 1932.
- Urbain.** — *Application de la gono-réaction dans le D. au R.B.*, Annales médecine vénérienne, août, 1932.
- Arène.** — *Sérothérapie intraveineuse dans le traitement du R. gono.*, Archives de médecine et de pharmacie militaires.
- Debrez et Lambert.** — *Vaccinothérapie dans le traitement au R.B., selon la méthode de Banet-Painclout*, Revue médicale, juillet 1932.
- Cathanéo.** — *La Radiologie dans le R.B.*, Journal de dermatologie et syphiliologie, décembre, 1929.
- Barbe.** — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, art. 24.094, p. 511.
- Mondor.** — *Rhumatisme gonococcique*.
- Pissavy et Chauvet.** — *B.S. des hôpitaux*, 1909.
- Paraf.** — Thèse, Paris, 1920.
- Ravaut et Ducourtioux.** — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mai, 1927.
- Richewaert.** — Thèse, Paris, 1921.

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur, Toulouse



